1893
Lane Medical Library

Über einen Fall von spitzen Condylomen der Vulva.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 5. August 1893

Nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Georg Schnabel

aus Kattowitz O./S.

Opponenten:

Herr Drd. med. Günther Haering, Unterarzt.
Herr Dr. med. Max Witte.
Herr cand. med. Carl Dehnel.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0341

Seinem

lieben Schwager und väterlichen Freunde

Herrn Stadtrat H. Przikling

in Verehrung und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Neubildungen der Vulva sind ohne Zweifel mit zu denjenigen Erkrankungen zu zählen, welche relativ sehr selten zur Beobachtung des Arztes gelangen.

Unter den 11 140 Frauen mit gut- und bösartigen Geschwülsten, die Gurlt an 3 der grössten Wiener Krankenhäuser behandelte, litten 2845 an Tumoren des Uterus, 604 an solchen des Uterus und der Vagina; bei 114 war die Vagina allein, und nur bei 89 die Vulva der Sitz ihres Leidens. Winckel fand bei 10218 Patientinnen, die er Gelegenheit hatte zu untersuchen, nur 58 Mal Tumoren der äusseren Genitalien, und L. Meyer konnte dieselbe Diagnose gar nur 9 Mal stellen, trotzdem er nicht weniger als 7573 Frauen behandelt hatte. Unter den im Verlaufe von 8 Jahren in der Wiener Frauenklinik beobachteten und von v. Winiwarter veröffentlichten 548 Fällen von Carcinom befanden sich nur 5, die die Vulva betrafen; und unter den 658 Frauen, die innerhalb 2 Jahren in der Münchener gynäkologischen Klinik behandelt wurden, befanden sich nur 33, deren Leiden in einer Neubildung der äusseren Genitalien bestand.

Auch in der hiesigen Greifswalder Universitäts-Frauenklinik gehören derartige Affektionen, trotz der Fülle des Materials, zu den Seltenheiten. In diesem Semester ist

nur ein einziger, dafür aber um so interessanterer Fall zur Behandlung gelangt; er wurde mir deshalb von Herrn Geheimrat Dr. Pernice zur Veröffentlichung übergeben.

Bevor ich an dieselbe herantrete, scheint es mir nicht unangebracht zu sein, zunächst einmal eine Zusammenstellung und kurze Beschreibung aller der Neubildungen zu geben, die bis jetzt — nach der mir zugänglichen Litteratur — überhaupt an der Vulva beobachtet und beschrieben worden sind. Ich habe dabei von einer Klassifizierung derselben nach histologischen Grundsätzen Abstand genommen, und werde also zunächst die malignen, dann die gutartigen Neubildungen der Vulva im Zusammenhange abhandeln.

Ich beginne mit dem Lupus der Vulva. Als Esthyomène beschrieben die Franzosen Guibourt und Huguier zuerst eine Affektion der Vulva von exquisit chronischem Verlaufe, die vor ihnen mangels genauerer Kenntnis bald mit Elephantiasis, bald mit Krebs, oft auch mit Syphilis verwechselt worden ist. Sie kommt nur bei Erwachsenen vor und tritt in 3 Hauptformen auf, zwischen denen natürlich Übergänge stattfinden. Die erste Form ist der lupus hypertrophicus; er ist charakterisiert durch schnelle Bildung zahlreicher harter Knoten oder Knollen, welche in einem stark sklerosierten, hyperplastischen, subkutanen Gewebe sich entwickeln. Er betrifft meistens die grossen Labien und verwandelt sie in derbe, höckrige Tumoren. Die zweite Form ist der lupus perforans; er bildet Schwellungen, Verdickungen und Indurationen besonders der inneren Fläche der Vulva, zwischen welchen sich tiefe Ulcerationen

befinden, die ausgesprochene Neigung haben, nach der Tiefe vorzudringen. Die Ränder dieser lupösen Geschwüre sind schief abgeschnittene, glatt, wie mit Epithel ausgekleidet, und sezernieren nie Eiter, sondern nur helle, seröse, keine Krusten bildende Flüssigkeit. Die dritte Hauptform, in der Lupus der Vulva vorkommt, ist endlich der lupus superficialis; er entwickelt sich hauptsächlich vom Schamberge, der Klitoris und dem Damme aus und ist charakterisiert durch Verdünnung und violette Farbe der Haut, bei auffallender Verdickung des subkutanen und submukösen Bindegewebes. Alle diese schweren Veränderungen sind meist vollkommen schmerzlos, hindern, wenn sie nicht allzu ausgedehnt sind, die Kranken nicht an ihren Bewegungen und machen überhaupt so gut wie keine Symptome; erst wenn die Infiltration des Bindegewebes hoch hinauf in das Becken gelangt ist und zu einer Verengerung der Scheide und des Mastdarmes geführt hat, oder wenn durch die ulceröse Form Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln entstanden sind, wird der Lupus lästig und qualvoll. Die Ätiologie des Leidens ist nicht sicher; obwohl man geneigt sein könnte, den Lupus entsprechend den modernen wissenschaftlichen Anschauungen für eine lokale Tuberkulose der Haut zu halten, so ist doch meines Wissens der sichere Nachweis von Tuberkelbacillen noch in keinem Falle geglückt und manche Autoren, wie z. B. Fritsch, halten an der Ansicht fest, dass bei Lupus der Verdacht auf tertiäre Lues nicht ausgeschlossen ist. Die Therapie ist in den vorgeschrittenen Fällen hoffnungslos; kommt das Leiden zeitig

zur Beobachtung, so ist die radikale operative Entfernung der ergriffenen Teile das einzige Mittel, von dem ein Erfolg erhofft werden könnte.

Was die Schwere der Affektion anbetrifft, so ist dem Lupus ungefähr gleichstehend das Carcinom. Es ist trotz der Häufigkeit, mit welcher die inneren weiblichen Genitalien davon befallen werden, an der Vulva eine seltene Erscheinung; nach den statistischen Angaben von Virchow, Mayer, Marc d'Espine und Tanchon kommen auf 35 bis 40 Fälle von Uteruskrebs nur 1 Fall von Carcinom der äusseren Genitalien. Die Formen, unter denen er an letzterem Orte auftritt, sind in erster Reihe das Cancroid und viel seltener der Scirrhus und der Medullarkrebs. Das Cancroid entwickelt sich gewöhnlich an der innern Seite der einen grossen Schamlippe, zuerst unter Bildung kleiner Wärzchen und Knötchen, die mit einer ziemlich dicken Epithellage überzogen sind und monatelang ohne wesentliche Veränderung bestehen können. Dann beginnen dieselben plötzlich zu wachsen, es macht sich eine lebhafte Vascularisation bemerkbar, die Hervorragungen werden serös durchtränkt und sondern geringe Mengen von Flüssigkeit ab. Die nächste Umgebung schwillt zu einer wallartigen Induration an, es bilden sich kleine Erosionen, die schnell den Charakter kleiner Geschwüre annehmen, mit einander verschmelzen und allmälig sich in die Umgebung auszubreiten anfangen, während zugleich die Leistendrüsen anschwellen. Aus dem Grunde des Geschwürs erheben sich papilläre Wucherungen, die sich dendritisch verzweigen und zu grösseren Läppchen

und Lappen zusammenfliessen, bis sich aus ihnen eine oft apfelgrosse Geschwulst gebildet hat. In derselben treten bald Erweichungs- und Nekrosierungsvorgänge auf, die ein dickes, eitriges Sekret erzeugen und das Äussere des Tumors noch mehr zerklüften, wodurch das blumenkohlartige Aussehen desselben entsteht. In diesem Stadium treten dann äusserst heftige Schmerzen ein, die Sekretion wird fortdauernd reichlicher und nimmt einen fötiden Charakter an; sehr häufig gesellen sich heftige Blutungen hinzu. Wird hier nicht operativ vorgegangen, so gestaltet sich der Zustand der Patientin zu einem höchst traurigen; die Kräfte werden mehr und mehr aufgezehrt, und unter grossen Qualen gehen die Kranken schliesslich an Marasmus zu Grunde.

Einen fast noch schwereren Verlauf zeigen der Scirrhus und der Medullarkrebs. Den Beginn dieser Affektionen machen gewöhnlich tiefliegende Knoten aus, welche allmälig der Oberfläche entgegenwachsen, die Haut in ihren Bereich ziehen und schliesslich aufbrechen. Sie bilden dann in die Tiefe gehende, unregelmässige, zerklüftete und missfarbene Geschwüre mit reichlicher, eitrig-jauchiger Sekretion. Auch hier treten profuse Blutungen auf, die Schmerzen sind womöglich noch stärker als beim Cancroid, und die Kranken gehen gewöhnlich viel schneller als bei letzterem an Kachexie und Metastasen zu Grunde.

Über die Ätiologie des Cancroides und des Carcinomes überhaupt herrscht keineswegs völlige Klarheit. In dem Streite, der noch immer darüber geführt wird, ob der Krebs die Folge einer allgemeinen Diathese, einer soge-

nannten Krebsdyskrasie, oder ob er nur ein lokales Leiden ist, haben sich jetzt wohl die Meisten der letzteren Ansicht zugewendet. Gegen die erstere Anschauung spricht besonders der Umstand, dass niemals zu gleicher Zeit primär in verschiedenen Organen Krebsbildung auftritt. Auch das Kreisen einer infektiösen Substanz im Blute können wir nicht annehmen; natürlich sind hier nicht die von der Geschwulst losgerissenen kleinsten Teile gemeint, welche durch Embolie die Metastasen bewirken, sondern jene unbekannten, krankheitserregenden Substanzen, die früher von vielen Autoren angenommen wurden. Diese also können wir ebenfalls ausschliessen, da exakte Impfversuche mit dem Blute Carcinomatöser bisher stets negative Resultate gaben. Dagegen sollen, wie von vielen Autoren übereinstimmend behauptet wird, mechanische und chemische, oft wiederholt stattfindende Reize Carcinom hervorrufen können. Am deutlichsten ist der Zusammenhang zwischen Krebs und Trauma bei dem Lippencarcinom der Raucher und dem Scrotalkrebs der Schornsteinfeger. Wir sehen nämlich, dass einerseits der Lippenkrebs 20 Mal häufiger bei Männern als bei Weibern, und bedeutend häufiger an der Unterlippe ist, also da, wo das Mundstück der Pfeife einen beständigen Druck und Reiz ausübt; und dass andererseits der Scrotalkrebs auch bei Arbeitern in Theer- und Paraffinfabriken keine Seltenheit ist, daher auf den dauernden Reiz durch den Russ ätiologisch zurückgeführt werden kann. Diese Thatsachen, sowie der Umstand, dass auch Mamma und Uterus, an denen Carcinome häufig vorkommen, Organe

sind, die häufigen physiologischen Reizen ausgesetzt sind, sprechen in der That für einen gewissen ätiologischen Zusammenhang zwischen Krebs und Trauma, und wir werden letzteres als ein auch die Entstehung der Vulvacarcinome verursachendes Moment nicht ganz und gar vernachlässigen können.

Die Therapie besteht in der operativen Entfernung der erkrankten Teile samt der benachbarten Leistendrüsen, die möglichst zeitig vorgenommen werden soll, da das gefässreiche, lockere Gewebe an dieser Stelle einer schnellen Ausbreitung des Leidens ganz besonders günstig ist. Contraindiciert ist die Operation nur in den Fällen, wo die Krankheit schon so weit vorgeschritten ist, dass durch das Messer nicht alles erkrankte Gewebe beseitigt werden kann, oder wo der äusserst kachektische Zustand der Patientin die Gewissheit giebt, dass sie die Operation zu ertragen nicht mehr im Stande ist. In diesen Fällen ist die symptomatische Behandlung am Platze, die nur den Zweck haben kann, die Kräfte durch roborierende Diät möglichst zu heben und die Schmerzen durch Narkotika zu lindern, um die Lage der Kranken wenigstens einigermassen erträglich zu machen. Die Prognose ist im ganzen ungünstig, da definitive Heilungen zu den Seltenheiten zählen; immerhin wird durch die operative Behandlung das Leben in vielen Fällen um Jahre verlängert, bis es den gewöhnlich sich einstellenden Recidiven doch zum Opfer fällt.

Einen klinisch ganz gleichen Verlauf nimmt eine andere Art von Tumoren, die Sarkome, die glücklicher

Weise an der Vulva derartig zu den seltenen Erscheinungen gehören, dass selbst die mit reichstem Material versehenen Beobachter nur wenige Fälle aus eigener Erfahrung anzuführen imstande sind. Sie kommen sowohl als Rundzellen-, als auch als Spindelzellenvarietät vor; relativ häufig sind Melanome, was wohl damit zusammenhängt, dass in dieser Gegend auch normal viel Pigment vorhanden ist. Sie entwickeln sich aus dem tiefgelegenen Bindegewebe der Vulva, und können eine bedeutende Grösse erreichen, namentlich wenn der Ausgangspunkt die grossen Labien sind; dann ziehen sie durch ihre Schwere dieselben weit herab, so dass bis an die Knie herabhängende Tumoren entstehen können. Auch die Sarkome verfallen, wenn sie einen gewissen Umfang erreicht haben, der regressiven Metamorphose; sie werden nekrotisch, erweichen im Innern und verwandeln sich, endlich aufbrechend, in kraterförmige, tiefe Geschwüre. Sie affizieren, ebenso wie die Carcinome, die Inguinaldrüsen, neigen zu Metastasenbildung und geben eine äusserst ungünstige Prognose. Ihre Therapie kann nur in möglichst frühzeitiger Entfernung der erkrankten Teile und Exstirpation der Leistendrüsen bestehen, doch ist eine definitive Heilung meines Wissens noch niemals erzielt worden.

Den Übergang von den malignen zu den gutartigen Neubildungen vermittelt die Elephantiasis der Vulva. Das Wesen derselben besteht in einer Hyperplasie aller die Haut zusammensetzenden Gewebe, sowie auch das Unterhautzellgewebes, welche zur Bildung von Tumoren

der verschiedensten Form und Grösse führen kann, je nachdem an dem Neubildungsprocess mehr die oberflächlichen oder vorwiegend die tieferen Schichten beteiligt sind. In ersterem Falle entstehen Geschwülste, die infolge der Beteiligung der Papillen die grösste Ähnlichkeit mit spitzen Condylomen haben und sich von diesen hauptsächlich nur dadurch unterscheiden, dass die elephantiastischen Gebilde auf verdickter und indurierter Basis sitzen, was bei den eigentlichen Condylomen nicht der Fall ist. Wuchert vorwiegend der tiefere, bindegewebige Teil der Haut, so entstehen teils polypenartige und lappige, teils kugelige und knollige, oft sehr massige Geschwülste, deren grösster Teil mit breiter Basis aufsitzt; doch gehört es nicht zu den Seltenheiten, dass ein solcher Tumor bei schneller Wucherung und unterstützt von dem Zuge, den sein Gewicht auf die Basis ausübt, allmählich diese hinter sich zu einem Strange auszieht und so gestielt wird. Bis allerdings ein solcher Effekt erreicht ist, vergehen in der Regel eine ganze Anzahl von Jahren; während derselben können sich an solchen umfangreichen Neubildungen weitere mannigfache Veränderungen einstellen. Dieselben werden hervorgerufen teils durch mechanische Schädlichkeiten, durch Reibung, durch Stösse etc., teils durch Ernährungsstörungen, die sich einstellen. Die ersteren verursachen eine massenhafte Desquamation verhornter Epithelien, Fissuren und Ulcerationen, die manchmal die Tendenz zeigen, in die Tiefe zu greifen; die Ernährungsstörungen führen zu Gangrän und zentraler Erweichung. In diesen weit fortgeschrittenen Fällen bestehen die Symptome aus

den Schmerzen, die die Fissuren und Rhagaden hervorrufen, sowie aus der Zerrung, welche das Gewicht der Tumoren ausübt; in weniger entwickelten sind so gut wie keine Symptome vorhanden mit Ausnahme der Unbequemlichkeit, die überhaupt eine Schwellung an dieser Stelle mit sich bringt.

Die Ätiologie des Leidens ist nicht ganz sicher aufgeklärt. Man hat Chlorose, Skrophulose, Traumen, Onanie, geschlechtliche Ausschweifungen, Klimadisposition, — im Orient und den Tropen soll die Krankheit endemisch sein — und vor allem Syphilis als Ursache der Krankheit angenommen. Damit steht jedoch das im ganzen bei uns seltene Vorkommen derselben in offenbarem Widerspruche, da sie, wenn wirklich die oben erwähnten Momente allein ätiologisch von Wichtigkeit wären, entschieden häufiger zur Beobachtung gelangen müsste. In neuerer Zeit hat man ein anderes Moment zur Erklärung herangezogen, nämlich Cirkulationsstörungen im Gebiete der Lymphgefässe. Das Vorliegen solcher beweisen die Schwellung und Induration der Lymphdrüsen, die sulzige, ödematöse Beschaffenheit der Tumoren, das Vorhandensein massenhafter Lymphkörperchen in den Gewebslücken derselben und die öfters gemachte Beobachtung, dass elephantiastische Geschwülste ein wässeriges Sekret — Inhalt der erweiterten Lymphgefässe oder einfaches Serum — in grossen Mengen absonderten. Man stellte sich die Entstehung der Elephantiasis aufgrund dieser Beobachtungen einfach als Folge des Verschlusses der Lymphwege vor; die daraus entstehende Stauung, der Nichtabfluss des Ernährungsflui-

dums sollte dann die nächste Ursache der eintretenden Hypertrophie sein.

Wäre dem wirklich so, könnte wirklich Verschluss der Leistendrüsen allein Elephantiasis hervorrufen, so würde auch in diesem Falle die Krankheit nicht so selten sein, wie sie in Wirklichkeit ist, denn die Anzahl derer, die nach Syphilis zeitlebens stark indurierte Inguinaldrüsen behalten, ist nicht gerade klein, und wie viele verlieren sie gar durch Vereiterung nach Uclus molle vollständig! Ausserdem kann man nach Untersuchungen von Cohnheim die Lymphdrüsen in der Kniekehle eines Hundes, resp. die grosse Drüse, in welche die Hauptlymphstämme der Vorderextremitäten einmünden, total exstirpieren, ohne dass krankhafte Veränderungen in Pfoten und Beinen, speziell Ödem, sich einstellen. Selbst die vollständige Unterbrechung aller Lymphbahnen ist ein so gut wie folgenloser Eingriff; der Grund liegt in der ungeheuren Anzahl feinster Lymphgefässchen und vor allem darin, dass die Blutgefässe, die Kapillaren und kleinsten Venen, vicariirend für die Lymphgefässe eintreten. Der blosse Verschluss der Lymphbahnen genügt also auch nicht, um Elephantiasis hervorbringen zu können. Einen Schritt weiter aber bringt uns die ebenfalls von Cohnheim gefundene Thatsache, dass nach der Unwegsammachung von Lymphbahnen dann sofort Veränderungen des betreffenden Gliedes eintreten, wenn die Lymphabsonderung vermehrt ist, also bei Hyperämie, und dass bei entzündlicher Alteration der Gefässwände Ödem sogar bei normaler Lymphabsonderung entsteht. Diese Thatsachen enthalten meiner

Meinung nach den Schlüssel zur Erklärung der Ätiologie der Elephantiasis. Man könnte dann eine indirekte und eine direkte Ursache der Krankheit annehmen; die erstere würde die Störung in der Lymphcirkulation, die direkte eine Hyperämie und Entzündung der betroffenen Organe sein. Indirekte Ursachen sind Induration oder Fehlen der Leistendrüsen, wofür ätiologisch Skrophulose, Syphilis, weicher Schanker etc. verantwortlich gemacht werden können; als direkte Ursachen müssen wir Ulcerationsvorgänge an den Genitalien, weissen Fluss, Traumen, Excesse in venere und selbstverständlich auch Schwangerschaft gelten lassen, da mit derselben ja immer eine starke Hyperämie der Vulva verbunden ist. Die Prognose der Elephantiasis ist eine nicht gerade ungünstige; selbst in den Fällen, wo aus Scheu vor einer operativen Behandlung die Patienten sich selbst überlassen bleiben, tritt der Tod, soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, nur ausnahmsweise ein. Die Therapie besteht in der operativen Entfernung des kranken Gewebes.

Von den gutartigen Neubildungen möchte ich zunächst die Fibrome erwähnen. An den äusseren Genitalien sind vorzüglich die grossen Schamlippen der Sitz fibröser Geschwülste; die Bildung von Bindegewebe geschieht an dieser Stelle selten in diffuser Weise, häufiger sind umschriebene Bindegewebswucherungen, die zuerst ihren Ausgangspunkt im subkutanen Gewebe, manchmal auch in grösserer Tiefe haben. Die Fibrome sind ausschälbar, fühlen sich derb an und haben ein ausgezeichnet langsames Wachstum. Ihre Gutartigkeit dokumen-

tieren sie dadurch, dass sie keine Induration der Leistendrüsen verursachen und niemals die Haut affizieren; dieselbe bleibt vielmehr, wenn auch stark gedehnt, vollkommen normal und über dem Tumor verschieblich. In manchen, wenn auch seltenen Fällen entwickeln die Fibrome sich zu ganz bedeutenden Geschwülsten, die infolge ihres Gewichtes ihren Mutterboden weit herabziehen; dann entstehen durch die Reibung, der sie, namentlich beim Gehen, ausgesetzt sind, Ulcerationen, die zuweilen zur Verjauchung und Nekrose führen. Übrigens zeigen manche dieser Fibrome die interessante Eigentümlichkeit, dass sie während der Schwangerschaft sowohl, als auch bei der menstruellen Kongestion, die die Vulva erfährt, anschwellen, um nachher wieder ihren früheren Umfang einzunehmen. In einigen Fällen ist auch während der Gravidität ein beschleunigtes Wachstum beobachtet worden. Symptome machen nur die grösseren Fibrome, und zwar durch ihr Gewicht und die eventuell vorhandenen Fissuren; das Allgemeinbefinden stören sie nicht. Die Ätiologie der Fibrome ist völlig dunkel; doch lassen einige Beobachtungen darauf schliessen, dass sie zum Teil aus kleinen nicht resorbierten Blutextravasaten entstehen können. Die Therapie kann nur in der operativen Entfernung bestehen, die keine Schwierigkeiten macht, da Fibrome der Vulva leicht aus ihrer lockeren Umgebung ausgeschält werden können. Von einigen Autoren ist geraten worden, bei lang herabhängenden Fibromen der grossen Schamlippe diese mitzuentfernen; dieses entschieden eingreifendere Verfahren ist unnötig und nur dann gerechtfertigt, wenn

bezüglich der Gutartigkeit des betreffenden Tumors irgend welche Zweifel bestehen. Der Einwand, dass nach einer Enukleation die Schamlippe, in Form eines grossen Lappens herabhängend, die Kranke in ihren Bewegungen hindern würde, ist hinfällig, da die Erfahrung, die in einigen derartigen Fällen gemacht worden ist, lehrt, dass die Schamlippe einer beträchtlichen Retraktion fähig ist.

Mit den eben beschriebenen Fibromen haben, was Form und klinischen Verlauf angeht, die grösste Ähnlichkeit die Lipome, die hin und wieder an der Vulva vorkommen. Dieselben können ebenfalls zu umfangreichen Tumoren heranwachsen, die teils knollig, teils gelappt erscheinend, bald festere, bald weichere Consistenz zeigen. Sie sind durchaus gutartig, machen keine Drüsenschwellungen, bilden ebensowenig Metastasen und haben eine gute Prognose. Ihre Therapie ist die operative Entfernung.

Wohl die seltensten aller Vulvabildungen sind die Neurome und Enchondrome. Ein Neurom ist von Simpson beobachtet worden, der unter diesem Namen kleine Knötchen beschrieb, welche um die äussere Öffnung der Harnröhre gruppiert waren und eine abnorme Schmerzhaftigkeit dieser Gegend verursachten. Als Enchondrome werden Fälle beschrieben, in denen es sich um hornartige Geschwülste der Klitoris handelt. Allgemein bekannt ist der von Schneevogt mitgeteilte Fall, der unter dem Namen enchondroma clitoridis eine faustgrosse Neubildung beschrieb, die eine höckerige Oberfläche hatte und auf der Schnittfläche knorplige Textur zeigte.

Häufiger als die ebenerwähnten Neubildungen der

Vulva sind solche cystischer Natur, die in den klinischen Erscheinungen, die sie verursachen, fast übereinstimmend, ihrer Ätiologie nach sehr verschieden sind. Als epidermoidalen Ursprungs müssen wir zunächst das Atherom und das Dermoid der Vulva erwähnen. Was das erstere anbelangt, so ist es eine Balggeschwulst mit breiigem Inhalt und höckeriger Innenfläche; es entsteht durch Verstopfung von Balgdrüsen, die an den grossen und kleinen Schamlippen zahlreich vorhanden sind. Manche Autoren unterscheiden noch besonders spezifisch verschiedene Arten von Atheromen, je nach Form, Inhalt und Epithelauskleidung. Die Dermoide, auch Dermoidcysten genannt, haben Wandungen, die aus einer Einstülpung embryonaler Kutiszellen entstanden, Haarbälge und Talgdrüsen enthalten und innen mit Pflasterepithel ausgekleidet sind. Ihr Inhalt wird von einer fettigen Schmiere gebildet, die ein Produkt der inneren Auskleidung ist und ausser Fett und Epidermisschuppen bisweilen auch Haare und Zähne, ja sogar Knochen enthält.

Diesen Cysten epidermoidalen Ursprung stehen die eigentlichen Vulvovaginalcysten gegenüber.

Wir haben hier erstens solche zu unterscheiden, deren Entstehungsursche in einer Erkrankung der Bartholinischen Drüsen zu suchen ist, und zweitens Cysten, die aus andern Elementen der Vulva entstanden sind. Die ersteren kommen teils dadurch zustande, dass der Ausführungsgang der betreffenden Drüsen sich erweitert: Dilatationscysten, die meist glattwandige Höhlen mit fadenziehendem Inhalte sind; teils durch Verstopfung der

Sekretionsgänge. Dann sammelt sich in den hinter der Atresie gelegenen Drüsenpartien das Sekret an, und es bilden sich ein oder mehrere Hohlräume, die manchmal nach der Scheide durchbrechen und ihren Inhalt in dieselbe entleeren. Ausser diesen eben erwähnten Cysten giebt es auch noch andere, die ihrer Genese nach mit den Bartholinschen Drüsen nichts zu thun haben. So können durch Dilatation abgeschnürter Teile des Nuckschen Kanales sogenannte Peritonealcysten entstehen; in andern Fällen sind es ektatische Lymphgefässe, die zu cystischen Tumoren entarten, und schliesslich bilden dann und wann die zahlreichen Talg- und Schleimdrüsen der Vulva durch Retention ihrer Sekrete die Ursache zur Enstehung von Cysten. Infolgedessen ist es erklärlich, dass dieselben in Bezug auf Grösse und Form sowohl, als auch auf Inhalt und Struktur der Wandungen die grösste Abwechselung bieten. Die kleinsten Tumoren bilden in der Regel die Cysten der Talg- und Schleimdrüsen; meist erbsen- bis kirschkerngross, liegen sie dicht unter der Schleimhaut an der Innenfläche der kleinen Schamlippen, haben dünne, strukturlose Wandungen und gelben, zahlreiche Fetttropfen führenden Inhalt. Grösser sind die aus Lymphgefässektasien entstandenen, während die allergrössten Neubildungen dieser Art die aus den Bartholinschen Drüsen hervorgegangenen sind. Diese sitzen an der der Lage der Drüsen entsprechenden Stelle, ihre Wandung ist fest, meist mit der Umgebung verwachsen, so dass ihre Ausschälung oft mit den grössten Schwierigkeiten verbunden ist. Ihr Inhalt ist bald, bei gesteigerter Trans-

sudation aus dem Blute, dünnflüssig, serös, bald wenn die Drüsensekretion mehr prävaliert, fadenziehend und zäh. Ist die Wandung der Cyste gefässreich, so können hämorrhagische Ergüsse sich hinzugesellen und der Inhalt ist dann braunrot, chokoladenfarben oder ganz schwarz. Die Behandlung cystischer Tumoren darf nicht nur in Incision und Entleerung des Inhaltes bestehen, da dann immer erfahrungsgemäss die Gefahr eines Recidives droht. Definitive Heilung ist vielmehr nur dann zu erwarten, wenn entweder die gesamte Cystenwand entfernt wird, oder doch wenigstens, bei Verwachsung derselben mit der Umgebung, ein Teil von ihr excidiert und die Höhle mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wird.

Wie die Lymph-, so werden auch die Blutgefässe der Ausgangspunkt von Geschwulstbildung an den äussern Geschlechtsteilen. Dazu führen zunächst manchmal ausgedehnte variköse Veränderungen der Venen. In der Litteratur sind Fälle erwähnt, wo bei Schwangeren, die bei dieser Affektion vorwiegend in Betracht kommen, aus einfachen Varicen kindskopfgrosse Tumoren entstanden; es ist klar, dass dieselben infolge der grossen Gefahr der Blutung durch Platzen und Exulcerieren eine sehr gefährliche Geburtskomplikation abgeben. Häufiger und wohl von der eben besprochenen Tumorart zu unterscheiden sind die eigentlichen Blutgeschwülste der Vulva, die Hämatome oder Thromben. Dieselben sind ihrer Genese nach Blutaustritte in das lockere Gewebe der Schamlippen, die in excessiven Fällen bis in das perivaginale und das anstossende Beckenbindegewebe reichen. Ihre Ent-

stehung erfolgt ausnahmslos durch ein Trauma, am häufigsten intra partum während des Durchschneidens des Kopfes; von sonstigen Ursachen sind zu erwähnen, Fall auf das Gesäss und Stoss gegen die Genitalien. Hat aus einem dieser Anlässe eine Ruptur eines Gefässes stattgefunden, so ergiesst sich das Blut in das umliegende lockere Gewebe, dasselbe mächtig anschwellend. Dadurch wird die unversehrt gebliebene Hautdecke tumorartig emporgewölbt, und dem Beobachter präsentiert sich eine pralle Geschwulst von verschiedener Grösse. Für die Bildung solcher Hämatome bieten namentlich die umfangreichen Venenplexus der Klitoris und der corpora cavernosa mit ihren zahlreichen dünnen Gefässen einen günstigen Boden. Kleinere Tumoren dieser Art erzeugen nur das Gefühl des Drängens und Pressens; grössere verursachen heftige Schmerzen, Compressionserscheinungen seitens der Blase und des Mastdarmes, und vor allem die Symptome der akuten Anämie. Die Prognose ist zweifelhaft; bei kleinen Hämatomen gut, da bei diesen die Resorption die Regel ist. Grosse Thromben können leicht bersten und dann durch Verblutung oder nachfolgende Sepsis zum Tode führen. Ein fast ebenso ungünstiger Ausgang ist die Abscedierung derselben; es entstehen dann Fistelgänge, die langwierige Eiterung unterhalten und langsam die Kräfte der Patienten konsumieren. Die Therapie besteht zunächst in der Verhinderung des Wachsens des Tumors, die man durch Compression und Kälte zu erreichen sucht; dieselben Mittel sind behufs Blutstillung bei der Berstung eines Hämatomes anzuwenden. Ist der Tumor so gross, dass eine

Resorption überhaupt nicht zu erwarten ist, tritt Entzündung ein und wird an einer Stelle die Haut gangränös, so dass sie zu platzen droht, so muss die Incision gemacht werden, die natürlich unter den strengsten antiseptischen Kautelen vorzunehmen ist.

Es bleibt mir noch übrig, die Papillome oder spitzen Condylome kurz zu erwähnen. Sie stellen entweder einzeln stehende kleine, kegelförmige Erhabenheiten dar, die die Grösse einer Kirsche erreichen können, meistens aber kleiner bleiben, oder sie gruppieren sich mehr zu blumenkohlähnlichen, erdbeerförmigen, höckerigen, warzig-rissigen Tumoren, manchmal auch von Pilzform, die zuweilen eine ziemliche Grösse erreichen. Zu diesen seltenen Fällen gehört auch der in der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachtete, dessen Abbildung und Beschreibung ich folgen lasse.

Es handelte sich dabei um die 17jährige Franziska F. aus Anklam. Dieselbe war vorher immer gesund, bis sie plötzlich zu Weihnachten vorigen Jahres durch intensives Jucken aufmerksam gemacht, Gewächse an ihren Genitalien bemerkte, die schnell an Grösse zunahmen. Sie suchte behufs Behandlung die hiesige medizinische Klinik auf und verblieb daselbst 6 Wochen; da der Tumor trotz alledem immer bedeutender heranwuchs, wurde sie in die Frauenklinik überführt. Die Patientin ist klein, von schmächtiger Figur, mässigem panniculus adiposus und gesunder Farbe. Die Untersuchung ergiebt folgendes: An Stelle der grossen Labien sieht man eine annähernd kindskopfgrosse, höckerige, bei Betastung leicht blutende

Geschwulst, die auf ihrer Oberfläche vielfach geschwürig zerfallen und mit grünlichem Eiter bedeckt ist. Bei näherer Betrachtung ergiebt sich, dass diese Geschwulstmasse in der Mitte geteilt ist und völlig den Scheideneingang, sowie den After umschliesst. Auf dem Damme sind ebenfalls Excrescenzen aufgeschossen, während nach der vorderen Kommissur hier zahlreiche kleine solitäre spitze Condylome sich befinden. Die Geschwulst ist links schon auf die Haut des Oberschenkels übergegangen. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen von dem Tumor entfernten Stückchens ergiebt kolossale Wucherung der Papillen und bindegewebige Hyperplasie der Haut mit vielen Zellen und Kernen; die Diagnose wird deshalb auf spitze Condylome gestellt. Nachdem Patientin einige Tage lang protahierte Bäder erhalten hat, wird am 18. V. zur Operation in Narkose geschritten. Nach nochmaliger gründlicher — soweit möglich — Reinigung der Geschwulst und ihrer Umgebung wird der Tumor zunächst auf der rechten Seite emporgezogen und unter ihn eine lange Billroth'sche Zange gelegt; über derselben wird er mit dem Messer abgetragen. Da die Blutung wider Erwarten nur gering ist, wird die Zange abgenommen und die Wundränder mit Seide vernäht. Ebenso wird linkerseits verfahren; eine kleine spritzende Arterie wird separat umstochen. Fünf kleinere, in der Umgebung der Clitoris sitzende, solitäre Condylome werden mit der Scheere entfernt, ebenso die auf dem Damm sich befindlichen und 2 wallnussgrosse in der Nähe des Afters. Sämmtliche Wunden werden mit Seide vernäht. Die Scheide wird

nochmals ausgespült, die vernähten Stellen mit Jodoform gepudert, darauf Jodoformgaze, Watte und T-Binde.

Status am 26. V. Trotzdem nach jedem Urinlassen die Wunden sorgfältig mit Sublimat abgespült und dann mit Jodoform bepudert worden sind, sind zahlreiche Nähte durchgeschnitten, andere ausgeeitert. Es werden deshalb alle Suturen entfernt; die Wundränder klaffen dabei auf etwa 3 cm Entfernung, bluten aber nicht. Die kleinen Wunden sind geheilt. Es wird wieder ein Jodoformverband angelegt, der täglich erneuert wird; die Wundflächen haben ein gutes Aussehen und granulieren vorzüglich. Am 1. VI. sind die Wunden sehr verkleinert; Patientin erhält morgens und abends ein Sitzbad von ½—1 Stunde Dauer. Vom 3. VI. werden, um raschere Granulation zu bewirken, die Wundflächen mit ung. basil. behandelt und zeitweise geätzt. Am 5. VI. steht Patientin auf und am 11. VI. sind die Wunden vollständig vernarbt und kann Patientin als geheilt entlassen werden.

Das Interessante dieses Falles besteht zunächst in der enormen Grösse des Tumors, für die ich in der Litteratur, soweit sie mir zu Gebote stand, kein Analogon finden konnte; zweitens darin, dass er die Vorzüge der operativen Behandlung vor denen der medikamentösen, die einige Autoren empfehlen, ins hellste Licht setzt. Während eine 6 Wochen dauernde medikamentöse Behandlung nicht nur keine Besserung, sondern sogar eine Verschlimmerung des Leidens erzielte, gelang die radikale Heilung durch die Operation in der Hälfte der obenerwähnten Zeit.

Was zuletzt die Ätiologie der Condylome anbetrifft, so sind viele Autoren, wie z. B. Hildebrandt, der Ansicht, dass sie stets die Folge einer Infektion mit Trippervirus sind; doch können sie sicher auch durch anderweite Reize entstehen. So fand Fritsch öfter Condylome bei Kindern unter einem Jahre am After, ohne dass an gonorrhoische Infektion zu denken war, und die grosse Häufigkeit, mit welcher sie bei Schwangeren, die sonst kein Symptom des Trippers zeigen, vorkommen, spricht ebenfalls für die Möglichkeit spontaner Entstehung derartiger Excrescenzen. Auch in dem vorliegenden Falle ergab weder die Anamnese noch die Untersuchung des Sekretes das Vorliegen von Gonorrhoe.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice, für die Überweisung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser, evangelisch, geb. den 18. Mai 1870 zu Kattowitz in Oberschlesien, Kreis Kattowitz, als Sohn des verstorbenen Baumeisters Friedrich Schnabel, besuchte das Gymnasium seiner Vaterstadt seit Ostern 1879, um es nach 9 Jahren, Ostern 1888, mit dem Zeugnis der Reife zu verlassen. Er bezog, um Medizin zu studieren, zunächst die Universität Breslau, ging dann Michaelis 1889 nach Erlangen, woselbst er anfangs März 1890 sein tentamen physicum bestand, und kehrte darauf wieder nach Breslau zurück, um seiner Militärpflicht zu genügen. Diese Universität besuchte er nach Ableistung seiner Dienstzeit noch ein Semester, nämlich bis Ostern 1891, und ging dann um seine Studien fortzusetzen und zu vollenden, nach Greifswald, woselbst er am 10 April das tentamen medicum und am 15. April 1893 das examen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser dieser Arbeit die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Biermer, Cossmann, Fleischmann, von Gerlach, Grawitz, Hasse, Heidenhain, Lothar Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler, Mikulicz, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rees, Roux, Rosenthal, Stöwer, Schneider, Schirmer, Schulz.

Allen diesen, meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen tiefgefühltesten Dank aus.

Thesen.

I.

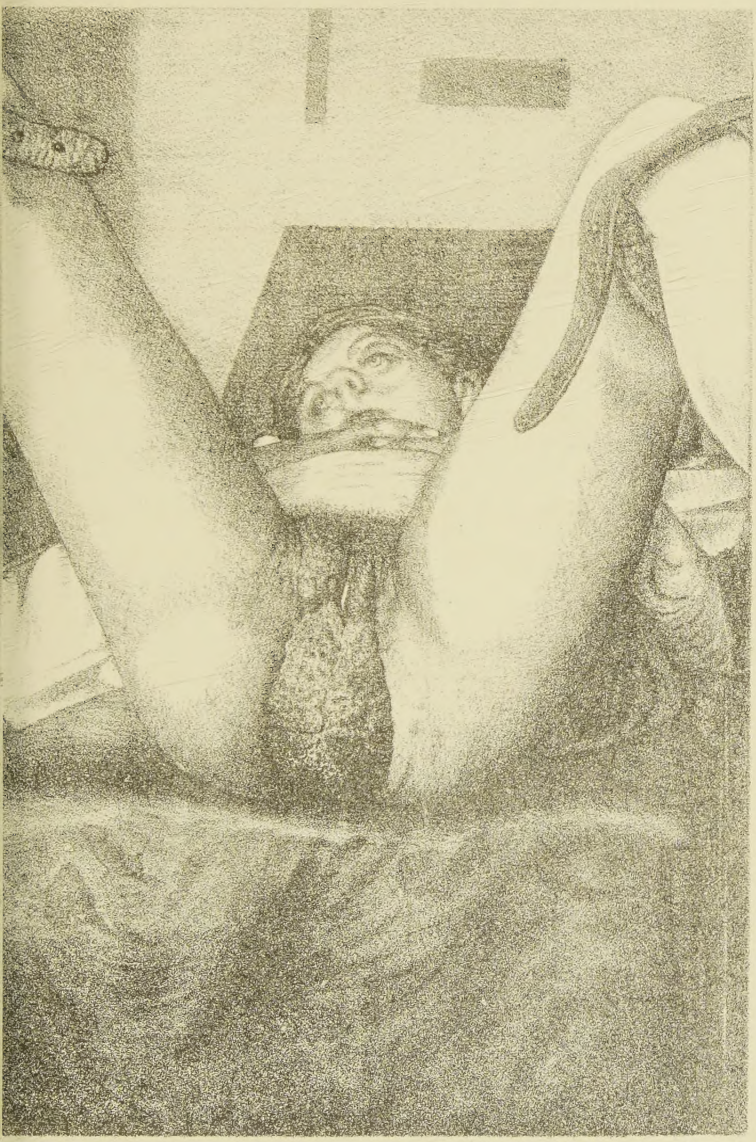
Die möglichst frühzeitige Excision des syphilitischen Primäraffektes ist indiciert.

II.

Es ist darauf zu dringen, dass eine gesunde Mutter ihr Kind selbst sillt.

III.

Die operative Behandlung der spitzen Condylome ist der medikamentösen bei weitem vorzuziehen.



Lith. Anst. von Julius Abel, Greifswald